

Mestrado em Enfermagem Comunitária

**ADESÃO À TERAPÊUTICA E ESTILO DE
VIDA NUM GRUPO DE PESSOAS
PORTADORAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Andrea Silva Santos Pinto

setembro | 2019



Escola Superior
de Saúde



Instituto Politécnico da Guarda
Escola Superior de Saúde

ADESÃO À TERAPÊUTICA E ESTILO DE VIDA NUM GRUPO DE PESSOAS PORTADORAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO

Trabalho elaborado para obtenção do
Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Andrea Silva Santos Pinto

Orientadora: Professora Doutora Ermelinda Maria Bernardo Gonçalves Marques
Coorientadora: Professora Dora Maria Ricardo Fonseca Saraiva

Guarda,
2019

AGRADECIMENTOS

A dissertação que se apresenta resultou de um árduo trajeto, que apesar do meu empenho, o mesmo não seria possível sem o apoio e o estímulo de muitos. Neste sentido, expresso por isso a minha mais profunda gratidão às pessoas que a tornaram possível.

Gostaria de agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Ermelinda Marques, pelo privilégio que me deu ao aceitar a orientação desta dissertação, pela sua disponibilidade, acompanhamento, orientação, pelas suas críticas oportunas e sugestões.

À Professora Dora Saraiva, coorientadora, pela sua amizade, apoio, sugestões, valiosa ajuda e incentivos constantes, foram de grande auxílio na elaboração da dissertação.

Aos Docentes do Mestrado em Enfermagem Comunitária pela excelência nos conhecimentos transmitidos, competência e pela capacidade de estímulo.

O meu reconhecimento ao Enfermeiro Carlos Martins pela sua disponibilidade e apoio.

Aos autores das escalas utilizadas pela disponibilidade e referências bibliográficas que me facultaram; ao Diretor Executivo do ACeS Cova da Beira pela autorização concedida para realização deste estudo e à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro.

Aos meus amigos, especialmente à Raquel, colegas e a todos os clientes que cooperaram no preenchimento do protocolo de avaliação.

À minha família, ao meu pai e em especial à minha mãe por sempre acreditar em mim e nunca me deixar desistir.

Por fim, deixo um agradecimento especial ao Hugo, pelo carinho e paciência revelados.

A todos o meu sincero agradecimento!

*“Estamos perante a globalização de um estilo de vida não saudável.
As ações e a inércia devem ser substituídas por ações concretas.”*

Margaret Chan

*“Ninguém é tão grande que não possa aprender,
Nem tão pequeno que não possa ensinar.”*

Albert Einstein

LISTA DE SIGLAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
ARA – Antagonista do Recetor da Angiotensina
ARS – Administração Regional de Saúde
AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*
AVC – Acidente Vascular Cerebral
BCC – Bloqueador dos Canais de Cálcio
B-on – Biblioteca do conhecimento *online*
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DCNT('S) – Doença(s) Crónica(s) Não Transmissível(is)
DGS – Direção-Geral da Saúde
EHA – Escala de Hábitos Alimentares
EUA – Estados Unidos da América
FDA – *Food and Drug Administration*
HTA – Hipertensão Arterial
I – Idade, em anos
ICN – *International Council of Nurses*
IECA – Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina
IMC – Índice de Massa Corporal
IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física
KW – *Kruskal-Wallis*
MAPA – Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial
MAT – Medida de Adesão aos Tratamentos
MeSH – *Medical Subject Headings*
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PNDCC – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares
PNPAF – Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
PNRCAD – Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências
PNS – Plano Nacional de Saúde
SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

TF – Tratamento Farmacológico

TNF – Tratamento Não Farmacológico

UCSP(S) – Unidade(s) de Cuidados de Saúde Personalizado(s)

UMW – *U de Mann-Whitney*

WHO – *World Health Organization*

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

cm – Centímetro

dl – Decilitro

€ – Euro(s)

gr – Gramas

Kg – Kilogramas

Kg/m² – Kilogramas por metro quadrado

m – Metros

Medic. – Medicação

mmHg – Milímetros de mercúrio

n – Amostra

N.º – Número

Vs - *Versus*

α – *Alfa de Cronbach*

= – Igual

> – Maior

\geq – Maior ou igual

< – Menor

\bar{x} – Média

Md – Mediana

% – Percentagem

s – Desvio padrão

$x_{\text{máx}}$ – Máximo

$x_{\text{mín}}$ – Mínimo

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1 – Diagrama das etapas metodológicas de seleção dos artigos sobre a adesão à terapêutica	45
Figura 2 – Enquadramento conceptual dos determinantes sociais da saúde	60
Figura 3 – Diagrama das etapas metodológicas de seleção dos artigos sobre o estilo de vida	61
Figura 4 – Estratégias de adesão à terapêutica	82
Figura 5 – Desenho e modelo da investigação	88

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1 – Classificação da pressão arterial	34
Quadro 2 – Principais fatores de risco da HTA	38
Quadro 3 – Caraterísticas dos estudos sobre a adesão à terapêutica num grupo de pessoas portadoras de HTA, incluídos na pesquisa inicial	46
Quadro 4 – Caraterísticas de alguns estudos sobre a adesão à terapêutica num grupo de pessoas portadoras de HTA, incluídos na pesquisa complementar	47
Quadro 5 – Síntese dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica	57
Quadro 6 – Caraterísticas dos estudos sobre o estilo de vida num grupo de pessoas portadoras de HTA, incluídos na pesquisa inicial	62
Quadro 7 – Caraterísticas de alguns estudos sobre o estilo de vida num grupo de pessoas portadoras de HTA, incluídos na pesquisa complementar	63
Quadro 8 – Distribuição dos clientes segundo a caraterização sociodemográfica por sexo	103
Quadro 9 – Distribuição dos clientes segundo a caraterização socioprofissional por sexo	105
Quadro 10 – Distribuição dos clientes segundo a caraterização antropométrica por sexo	106
Quadro 11 – Distribuição dos clientes segundo a caraterização clínica por sexo ...	109
Quadro 12 – Distribuição dos clientes segundo a adesão à terapêutica	112
Quadro 13 – Distribuição dos clientes segundo a quantidade alimentar	114
Quadro 14 – Distribuição dos clientes segundo a qualidade alimentar	116
Quadro 15 – Distribuição dos clientes segundo a variedade alimentar	117
Quadro 16 – Distribuição dos clientes segundo a adequação alimentar	118
Quadro 17 – Distribuição dos clientes segundo a caraterização do consumo de álcool	120
Quadro 18 – Distribuição dos clientes segundo as consequências do consumo de álcool, nos últimos 12 meses	121
Quadro 19 – Distribuição dos clientes segundo as consequências e as preocupações do consumo de álcool	121
Quadro 20 – Distribuição dos clientes segundo os hábitos de consumo de tabaco ..	123

Quadro 21 – Caraterização dos hábitos de atividade física dos clientes	125
---	-----

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela 1 – Valores do <i>alpha Cronbach</i> da EHA	95
Tabela 2 – Valores do <i>alpha Cronbach</i> do AUDIT	96
Tabela 3 – Classificação da adesão à terapêutica dos clientes por sexo	113
Tabela 4 – Classificação dos hábitos alimentares dos clientes por sexo	119
Tabela 5 – Classificação do consumo de álcool dos clientes por sexo	121
Tabela 6 – Classificação dos clientes segundo o consumo de tabaco	122
Tabela 7 – Classificação dos hábitos tabágicos dos clientes por sexo	123
Tabela 8 – Classificação da atividade física dos clientes por sexo	126
Tabela 9 – Resultados do estudo da comparação da adesão à terapêutica em função da faixa etária e do estado civil	127
Tabela 10 – Resultados do estudo da comparação da adesão à terapêutica em função do sexo e da zona de residência	128
Tabela 11 – Resultados do estudo da comparação da adesão à terapêutica em função das variáveis socioprofissionais	130
Tabela 12 – Resultados do estudo da comparação da adesão à terapêutica em função do IMC	131
Tabela 13 – Resultados do estudo da comparação da adesão à terapêutica em função da pressão arterial e frequência da avaliação da pressão arterial	132
Tabela 14 – Resultados do estudo da comparação da adesão à terapêutica em função se toma outro tipo de medicação e recebe ajuda para tomar a medicação	133
Tabela 15 – Resultados do estudo da comparação da adesão à terapêutica em função dos hábitos alimentares	133
Tabela 16 – Resultados do estudo da comparação da adesão à terapêutica em função do consumo de álcool, dos hábitos tabágicos e da atividade física	135

RESUMO

Enquadramento: As Doenças Crónicas Não Transmissíveis, especificamente a Hipertensão Arterial têm uma elevada prevalência em todo o mundo, constituindo, assim, um grave problema de saúde mundial. O seu tratamento envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas como, por exemplo, a adoção de um estilo de vida saudável.

Assim, é crucial que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública conheça a adesão à terapêutica e o estilo de vida dos clientes, para poder promover de modo eficaz estratégias promotoras destes.

Objetivo: Avaliar a adesão à terapêutica num grupo de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Métodos: Estudo quantitativo, de carácter descritivo e correlacional, de natureza transversal. A amostra não probabilística acidental, é constituída por 314 clientes, com uma média de idade de 68,8 anos, a maioria dos inquiridos pertence ao sexo feminino (63,7%). Os clientes estão inscritos no “Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares Risco: Hipertensão” e são seguidos na consulta de Hipertensão Arterial de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

A recolha de dados foi efetuada através do hétero preenchimento de um protocolo de avaliação, utilizando as seguintes escalas, validadas para a população portuguesa: Medida de Adesão aos Tratamentos, Escala de Hábitos Alimentares, *Alcohol Use Disorders Identification Test*, o Teste de Fagerström de Dependência à Nicotina, e o Questionário Internacional de Atividade Física, versão curta. No tratamento dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Science*.

Resultados: Regista-se que 88,2% dos inquiridos aderem à terapêutica, contudo, 11,8% não o fazem. Relativamente ao sexo, verifica-se que os homens (91,2%) são os que mais aderem ao tratamento, comparativamente às mulheres (86,5%). Quanto ao estilo de vida, constata-se que 96,2% dos clientes têm hábitos alimentares adequados; 94,3% com baixa probabilidade de consumir bebidas alcoólicas e 5,1% da amostra são fumadores. No que concerne à atividade física, observa-se que 49,4% os clientes são “insuficientemente ativos”. Em média a adesão à terapêutica é maior nos clientes que residem em meio rural e com rendimentos acima do escalão de 1257- 1675 €.

Conclusões: Os resultados sugerem a necessidade de implementação de um projeto comunitário no âmbito da adesão à terapêutica e do estilo de vida. As intervenções devem ser

focalizadas nos fatores de risco modificáveis. Para que se obtenha sucesso é necessário envolver o indivíduo, os profissionais de saúde, as entidades públicas, as privadas e os mídias.

Palavras-chave: Hipertensão; adesão à terapêutica; adesão ao tratamento; estilo de vida; enfermagem em saúde comunitária.

ABSTRACT

Background: Noncommunicable Diseases specifically Hypertension have a high prevalence worldwide, thus constituting a serious health problem. Its treatment involves pharmacological and non-pharmacological measures, such as the adoption of a healthy lifestyle.

Thus it is crucial that the Nurse Specialist in Community and Public Health Nursing is aware of client's to the therapeutics adherence and lifestyle, in order to be able to effectively promote their strategies.

Objective: Assess the therapeutics adherence in a group of people with Hypertension, in a Personalized Health Care Unit.

Methods: Quantitative, descriptive, cross-sectional and correlational study. The sample was accidental non-probabilistic, consisting of 314 clients, with an average age of 68,8 years, most respondents are female (63,7%). Clients are enrolled in the "National Program for Cardiovascular Diseases Risk: Hypertension" and are followed at a Personalized Health Care Unit Hypertension consultation.

Data was collected through the straightforward completion of an assessment protocol using the following Portuguese versions of scales: Measurement and Therapeutic Adherence, Eating Habits Scale, Alcohol Use Disorders Identification Test, the Fagerström Test for Nicotine Dependence and short form of the International Physical Activity Questionnaire. In the treatment of the data the *Statistical Package for the Social Science* was used.

Results: It is noted that 88,2% of respondents adhere to the therapeutics, however, 11,8% do not. Regarding gender, it is found that men (91,2%) are the ones who most adhere to treatment, compared to women (86,5%). As for the lifestyle, 96,2% of clients have adequate eating habits; 94,3% with low probability of consuming alcohol and 5,1% of the sample are smokers, most of these (62,4%) have a "low nicotine dependence". Regarding physical activity, 49,4% of clients are "insufficiently active". This study confirms that adherence to the therapeutics is related to place of residence and type of income. In average, results are reflected this is higher for rural residents with incomes above € 1257- € 1675.

Conclusion: The results suggest the need to implement a community project in the context of adherence to therapeutics and lifestyle. Interventions should focus on modifiable risk factors. To be successful, it is necessary to involve the individual, health professionals, public in general, private entities and media.

Keywords (MeSH): Hypertension; medication adherence; treatment adherence and compliance; life style; community health nursing.

ÍNDICE GERAL

	Página
INTRODUÇÃO	23
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
1 – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	31
1.1 – DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	32
1.2 – FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	35
1.3 – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	38
2 – ADESÃO À TERAPÊUTICA	43
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA	48
2.2 – FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA	50
3 – PROMOÇÃO DE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL	59
3.1 – HÁBITOS ALIMENTARES	70
3.2 – CONSUMO DE ÁLCOOL E HÁBITOS TABÁGICOS	73
3.3 – ATIVIDADE FÍSICA	75
4 – INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA	79
4.1 – ESTRATÉGIAS DE ADESÃO À TERAPÊUTICA E PROMOÇÃO DE UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL	81
PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	85
1 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	87
1.1 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	87
1.2 – DESENHO DE INVESTIGAÇÃO E MÉTODOS	88
1.2.1 – Tipo de estudo	89
1.2.2 – População e amostra	89
1.3 – OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	90
1.3.1 – Variável dependente	91
1.3.2 – Variáveis independentes	91
1.4 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS E ADMINISTRATIVOS	98
1.5 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS	99
2 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	101
2.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	101

2.1.1 – Caraterização sociodemográfica	101
2.1.2 – Caraterização socioprofissional	103
2.1.3 – Caraterização antropométrica	105
2.1.4 – Caraterização clínica	106
2.1.5 – Caraterização da adesão à terapêutica	110
2.1.6 – Caraterização do estilo de vida	113
2.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	126
CONCLUSÕES	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143
 APÊNDICES	 161
APÊNDICE A – Pedido de autorização para utilização das escalas	163
APÊNDICE B – Protocolo de avaliação	165
APÊNDICE C – Modelo de consentimento informado	173
ANEXOS	175
ANEXO I – Autorização para utilização das escalas	177
ANEXO II – Autorização do Diretor Executivo do ACeS Cova da Beira	179
ANEXO III – Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Centro	181

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida nos países em desenvolvimento, a globalização e a industrialização, provocam alterações no estilo de vida das pessoas. Nos países desenvolvidos, os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos apresentam maior prevalência dos fatores de risco, contribuindo para uma maior incidência das Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT'S), como as doenças cardiovasculares, designadamente a Hipertensão Arterial (HTA) [*World Health Organization* (WHO), 2016; WHO, 2018a].

Considerada uma epidemia, as DCNT'S, designadamente a HTA, constituem um grave problema para a saúde pública (Vilaça, Vieira, Fernandes, Esteves, Bouça e Peixoto, 2018), visto que têm uma elevada prevalência em todo o mundo.

Nas últimas quatro décadas, os níveis mais elevados de pressão arterial mudaram-se dos países desenvolvidos, para os países subdesenvolvidos no sul da Ásia e na África Subsariana. Devido ao crescimento e envelhecimento da população, o número de adultos com HTA aumentou de 594,0 milhões em 1975, para 1,3 triliões em 2015 (NCD-RisC, 2017). Na Europa, 30,0% a 45,0% da população tem HTA, na maioria (90,0%) dos casos não há uma causa conhecida (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2018).

Portugal, é um dos países da Europa, com uma das mais elevadas taxas de HTA. Concretizando, na Cova da Beira a situação é similar, conforme revelado no Diagnóstico de Situação de Saúde, a HTA sem complicações é a segunda morbilidade mais prevalente (Cairrão, Pinto, Gomes e Marques, 2018).

A sua elevada prevalência conduz a avultosos custos económicos, a nível individual e social (Godinho Andrade e Silva, 2017), pelo que se torna urgente o seu estudo.

Para minimizar os seus efeitos, é necessário intervir sobretudo nos dois primeiros níveis de prevenção. A prevenção primária pode ser feita através do controlo dos fatores de risco, enquanto que, a prevenção secundária deve ser realizada através de rastreios e deteção precoce, na qual o enfermeiro tem um papel fulcral (WHO, 2016). As principais intervenções no controlo dos fatores de risco, incidem nas medidas farmacológicas e não farmacológicas, nestas últimas é importante o controlo dos fatores de risco modificáveis, através da adoção de um estilo de vida saudável [Direção-Geral da Saúde (DGS), 2013; Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2014; WHO, 2016], designadamente a alimentação, a diminuição do consumo de álcool, a cessação tabágica e o exercício físico regular.